

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Juin 1893, à 1 heure.

PAR

Edouard GIGON

Ex interne des Hôpitaux de Saint-Denis

DES INDICATIONS

DE LA

BASIOTRIPSIE

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { MM.
GUYON, professeur.
SCHWARTZ, BAR, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

245

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Juin 1893, à 1 heure.

PAR

Edouard GIGON

Ex interne des Hôpitaux de Saint-Denis

DES INDICATIONS

DE LA

BASIOTRIPSIE

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { MM.
GUYON, professeur.
SCHWARTZ, BAR, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIÉR.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES TANTES

Dont le dévouement et l'affection m'ont conduit et soutenu pendant
toutes mes études.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0074

Le sujet de cette thèse nous a été indiqué par M. le Docteur Demelin, chef de clinique de M. le Professeur Tarnier. C'est en nous appuyant sur ses conseils, que nous avons cherché à préciser les indications de la basiotripsie, indications si délicates et si contestées, surtout depuis la réapparition de la symphyséotomie. Non seulement M. le Docteur Demelin a mis à notre disposition son jugement et ses précieux conseils, mais, il a puisé dans ses observations personnelles, pour nous donner celles qui avaient trait à notre sujet. Nous sommes heureux aujourd'hui d'avoir l'occasion de lui témoigner notre profonde reconnaissance.

Que M. le Professeur Tarnier, qui après avoir bien voulu nous permettre de puiser dans les observations de sa clinique obstétricale, nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive l'assurance de notre profonde gratitude et de notre respect.

Nous n'oublierons pas nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux, auxquels nous sommes si reconnaissant des leçons, qu'ils nous ont données, et des

preuves d'affection et de dévouement qu'ils nous ont si souvent prodiguées.

Que M. le Docteur Feltz, médecin de l'hôpital de Saint-Denis reçoive pour sa bienveillance à notre égard, pendant notre internat, le plus sincère témoignage de notre gratitude.

Nous ne manquerons pas non plus de remercier M. le Professeur Ollivier de ses excellents conseils, qui ont guidé la fin de nos études.

INTRODUCTION

Il est des cas malheureux, où la disproportion entre les dimensions du bassin et le volume du fœtus est telle, que l'accouchement est impossible par les seuls efforts de la nature, ou par des moyens à peu près inoffensifs pour la mère et l'enfant (forceps, version).

Quelle conduite tenir alors et quelles indications se présentent ?

Elles sont au nombre de trois, absolument différentes les unes des autres :

1^o Réduire le volume du fœtus autant qu'il est nécessaire ;

2^o Elargir le bassin ;

3^o Créer une voie artificielle.

L'accouchement prématuré ne pouvant être fait, que si la grossesse a été suivie par l'accoucheur.

La tête étant la partie qui offre le plus de difficulté à passer à travers la filière génitale ; ce sera sur elle surtout que devra porter l'opération destinée à la réduction du volume du fœtus.

Nous verrons dans le court historique que nous faisons les moyens de broiement et de perforation, se combiner,

se perfectionner ; et nous possédons aujourd'hui dans le basiotribe le meilleur instrument de réduction.

L'élargissement du canal pelvien s'obtient par la division du cercle osseux.

Ce fut vers la fin du XVIII^e siècle, qu'on eut l'idée de recourir à la symphyséotomie. Elle fut employée pour la première fois par Sigault, en 1777 ; mais les résultats ne furent pas très heureux. Les suppurations profondes, la consolidation incomplète ou nulle de la symphyse, firent abandonner à peu près complètement cette opération. En Italie, seul, Morisani s'en était fait l'apôtre et la pratiquait. Elle vient de faire une nouvelle apparition, et a donné pour ses nouveaux débuts, d'excellents résultats.

C'est au moyen de l'opération césarienne qu'on pratique une voie artificielle.

Ces deux dernières opérations, autrefois si redoutables, ont bénéficié de l'antisepsie et des perfectionnements apportés aux modes opératoires. La césarienne restera toujours une opération des plus graves. Quant à la symphyséotomie, elle est devenue entre des mains expérimentées beaucoup plus inoffensive. Cependant tout danger est loin d'avoir disparu, et au point de vue du péril qu'elle fait courir à la mère, elle ne peut être comparée avec la basiotripsie, qui, lorsqu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions, est absolument exempte de dangers pour cette dernière. Mais comme elle ne permet pas la survie de l'enfant, il y a lieu de rechercher dans quels cas elle est indiquée.

Après un aperçu historique sur l'embryotomie cépha-

lique, nous rechercherons les causes susceptibles de donner lieu à l'indication de la basiotripsie. Nous discuterons ensuite les indications particulières de la basiotripsie, sur le fœtus mort, puis sur le fœtus vivant, et sur le fœtus dont la vitalité est compromise.

HISTORIQUE.

Le broiement de la tête du fœtus est de toutes les opérations obstétricales la plus ancienne. Hippocrate parle de ce mode de réduction. Il le pratiquait en plusieurs temps et avec des instruments divers. Il est probable qu'après avoir fendu la tête avec le bistouri il en écrasait les os avec le *πιστερρον*, sorte de pince à os, dont l'une des branches était introduite dans le crâne et dont l'autre restait à l'extérieur.

Aetius dit : « Si la tête se présente plus volumineuse que de coutume, et, est distendue par une affection hydrocéphalique, il faut l'inciser au scalpel et l'extraire vidée et affaissée. Si on ne peut l'amener de la sorte, il faut briser la calotte et enlever les os avec les doigts. » Puis il conseille, si la tête n'est pas accessible, de se servir d'un instrument de traction pour l'amener à l'extérieur.

Les médecins arabes conservent, pour la pratique de l'opération, les instruments indiqués par Hippocrate (pince à os et crochets), mais ils ajoutent aux indications mentionnées jusque là, et qui sont toutes fournies par le fœtus, celles plus importantes encore, relatives à la mère.

Ambroise Paré parle de crochets et de pinces « propres à retirer un enfant mort hors du ventre de sa mère ».

L'invention du forceps permet de laisser de côté ces réductions partielles et d'arriver à la réduction de la tête en totalité.

Cette opération qui, jusque là, se faisait sans méthode, arrive peu à peu à se perfectionner et elle est introduite régulièrement dans la science en 1829 par Auguste Baudelocque. Bien que son céphalotribe fût lourd et d'une application difficile, il obtint, grâce à lui, d'heureux succès.

Quelques années plus tard, la céphalotripsie est pratiquée par un grand nombre de médecins (Dubois, Barbette, Velpeau), et leurs rapports favorables sur cette opération la fait accepter par la plupart des accoucheurs français.

Vers 1840, Unger publie une thèse, où il donne les indications de la céphalotripsie. La mort du fœtus est la première. La seconde se présente quand la tête du fœtus se trouve enclavée dans l'excavation et que des accidents graves mettent la vie de la mère en danger. Puis il décrit le manuel opératoire et recommande de faire précéder la céphalotripsie de la perforation, afin d'éviter l'allongement du diamètre opposé à celui qui a été saisi. Il insiste aussi sur le danger des applications de forceps réitérées sur un fœtus mort.

Huter, en 1844, publia une très importante monographie dans laquelle il traite à fond toutes les opérations qui se rattachent à la céphalotripsie. Il en expose avec soin les indications et les contre-indications. Puis il la compare aux autres opérations et en particulier à l'opération césarienne, qu'il réserve pour les cas où le diamètre antéro-postérieur du bassin est inférieur à 6 centimètres. L'auteur

considère la perforation comme inutile à moins d'hydrocéphalie.

On fait subir de nombreuses modifications au céphalotribe de Baudelocque neveu. On ajoute des crochets à l'extrémité des cuillers, on les taille en forme de lime afin d'éviter le glissement de la tête fœtale.

Malgré tous ces perfectionnements, la céphalotripsie est encore une opération difficile, surtout parce que la tête fœtale fuit à la pression des cuillers et ne peut être retenue par l'aide chargé de la fixer.

Le 11 décembre 1883, M. le professeur Tarnier présente à l'Académie de médecine un nouvel instrument et en donne, dans sa communication que nous rapportons, la description la plus simple et la plus précise :

« J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un instrument que j'appelle Basiotribe et qui est destiné à broyer la tête du fœtus.

« Cet instrument, que j'ai fait fabriquer par M. Collin, se compose de trois branches d'inégale longueur, étagées, et d'une vis d'écrasement. Sa longueur totale est de 41 centimètres. Quand il est articulé et serré, sa largeur d'un côté à l'autre est de 4 centimètres. Si on le mesure d'avant en arrière, on trouve 4 cent. $\frac{1}{2}$ dans sa partie la plus large, près de l'extrémité des cuillers. Son poids total est de 1.200 grammes.

« La branche médiane, la plus courte, porte un perforateur quadrangulaire, que l'on fait pénétrer dans le crâne par un mouvement de rotation. Ce perforateur agit comme un alésoir et fait au crâne une ouverture arrondie. Dès que l'extrémité olivaire de ce perforateur a pénétré dans la

cavité crânienne, on arrête le mouvement de rotation et l'on pousse doucement cette branche jusqu'à ce que sa pointe soit arrêtée par la résistance de la base du crâne, avec laquelle elle devra rester en contact jusqu'à la fin de l'opération.

« La branche gauche, analogue à la branche gauche d'un forceps, est ensuite appliquée comme s'il s'agissait du forceps et articulée avec la branche médiane.

« Branche médiane et branche gauche sont alors rapprochées par la vis d'écrasement et broient une moitié de la tête. Un petit crochet maintient les deux branches rapprochées pendant qu'on enlève la vis d'écrasement.

« La branche droite, la plus longue de toutes, est ensuite appliquée et articulée comme la branche droite d'un forceps, et la vis d'écrasement, mise de nouveau en place et en action, rapproche cette branche des deux premières.

« La tête est ainsi écrasée en deux broiements successifs, moitié par moitié ; puis on procède à son extraction.

« Le maniement de cet instrument est d'ailleurs analogue à celui du céphalotribe et du crânioclaste ; mais il leur est supérieur, et offre, comparativement, de très grands avantages, si je m'en rapporte aux expériences cadavériques que j'ai faites. »

Le basiotribe a rendu simple une opération laborieuse auparavant, et permis de pratiquer l'embryotomie céphalique dans des cas où l'on ne pourrait guère espérer la mener à bonne fin par le céphalotribe ou les autres instruments réducteurs.

Quant aux indications, l'apparition de cet instrument ne les a fait en rien changer, du moins sur le fœtus vivant,

et la question est restée la même jusqu'à la réapparition de la symphyséotomie. Cette dernière opération a fait perdre du terrain à la basiotripsie. Quelques-uns maintenant vont même jusqu'à rejeter complètement la basiotripsie dans le cas où le fœtus est vivant.

CAUSES SUSCEPTIBLES DE DONNER LIEU A L'INDICATION DE LA BASIOTRIPSIE

Dans ce chapitre nous nous proposons d'énumérer sans discussion les différents états pathologiques, qui sont susceptibles de fournir l'indication de la basiotripsie.

Les indications peuvent venir de la mère ou du fœtus.

De la mère ; — Ce sont : les rétrécissements du bassin, à moins qu'ils ne soient extrêmes et ne permettent pas l'introduction de l'instrument.

Ces rétrécissements peuvent siéger au détroit supérieur (rachitisme, etc.) ; dans l'excavation, ou au détroit inférieur (exostoses, cal vicieux après fractures, spondylolisthesis). Enfin, la présence de tumeurs, l'atrésie du col, peuvent donner lieu dans certains cas à l'indication de la basiotripsie.

De l'enfant ; — La cause qui plaide le plus en faveur de la basiotripsie, est sa mort. Car dans ce cas, puisqu'il n'est plus qu'une quantité absolument négligeable, nous n'avons à servir qu'un seul intérêt : celui de la mère, et nous devons choisir pour la délivrer, l'opération qui protégera le mieux ses organes.

Le volume exagéré de la tête du fœtus, ou son ossification trop avancée, certaines positions vicieuses, lorsqu'elles n'ont pu être modifiées, les procidences, quand la version

ne peut être faite sans trop de danger pour l'utérus, nécessitent une intervention qui dans certains cas doit être la basiotripsie.

Toutes les indications que nous venons d'énumérer sont loin d'être absolues, elles varient suivant l'état de la mère et du fœtus et il y a lieu, dans beaucoup de ces cas, de préférer à la basiotripsie une opération conservatrice. C'est ce que nous nous proposons de passer en revue dans les chapitres suivants.

INDICATIONS DE LA BASIOTRIPSIE SUR LE FŒTUS MORT

Les opérations conservatrices perdent tous leurs droits quand le fœtus est mort. Il n'y a donc pas lieu d'établir dans ce cas un parallèle entre la symphyséotomie, qui doit être rejetée d'emblée et la basiotripsie. L'opération césarienne ne trouve ici son application que dans les rétrécissements extrêmes, au dessous de 5 centimètres de diamètre promonto-sous-pubien, et dans quelques cas de tumeurs obstruant la voie génitale et ne pouvant être refoulées en haut. La seule préoccupation de l'accoucheur doit être alors de protéger autant que possible les organes maternels, et, de choisir l'opération la plus simple, c'est pour ces raisons qu'il devra donner dans nombre de cas la préférence au basiotribe sur le forceps, dont l'application est plus difficile.

La mort du fœtus peut remonter à plusieurs jours, on en aura la certitude dans l'absence des bruits du cœur et des mouvements actifs. Mais il arrive souvent qu'on assiste pour ainsi dire à la mort de l'enfant. Pendant les tractions faites à l'aide du forceps, les battements du cœur, qui au début du travail s'entendaient parfaitement et étaient réguliers, perdent leur intensité et leur régularité, le fœtus perd son meconium, il souffre. Puis, peu à peu, quelquefois

même très rapidement, on n'entend plus rien : le cœur fœtal a cessé de battre. Dans ce cas, faut-il continuer les tractions au forceps ? Non évidemment, car il est bien plus simple de terminer l'accouchement par la basiotripsie.

Dans le cas où le fœtus aura succombé, on ne devra pas réserver le broiement de la tête pour le détroit supérieur ; il y aura lieu aussi d'appliquer le basiotribe à la vulve et dans l'excavation.

Nous allons signaler successivement les principales indications qui se présentent : 1° à la vulve ; 2° dans l'excavation ; 3° au détroit supérieur.

A la vulve.

La résistance du périnée est une indication à la basiotripsie. Il est des cas, où l'on ne pourrait extraire l'enfant mort par le forceps, sans de grands délabrements et des déchirures profondes. Il y a lieu alors de réduire le volume de la tête, surtout lorsque les parties maternelles sont infiltrées, œdématisées, lorsqu'il existe des brides cicatricielles dans le vagin, brides dont la section pourrait produire parfois des fistules.

Afin de ménager encore plus les organes maternels, il sera utile alors de retirer après le grand broiement, la cuiller introduite la dernière, afin de laisser le crâne broyé se mouler à la filière vulvo-vaginale. On n'aura pas à craindre ainsi, comme dans l'extraction rapide, qu'une esquille ne vienne entamer profondément les parois du vagin ; et on pourra le protéger contre celles qui, même dans le passage lent qui va s'effectuer, pourraient encore le léser.

Dans l'excavation.

Les indications à faire la basiotripsie dans l'excavation proviennent de plusieurs sources, dont la plus fréquente consiste dans les exostoses intra-pelviennes, situées dans la concavité du sacrum. Elles permettent quelquefois l'accouchement spontané, mais on est souvent forcé aussi, le fœtus étant mort, de recourir au broiement de la tête. Quelquefois, l'obstruction de l'excavation est si complète, qu'il n'est d'autre ressource que l'opération césarienne.

La consolidation vicieuse des fractures du bassin peut former des tumeurs qui nécessitent parfois la basiotripsie. Lenoir a réuni quelques-uns de ces faits intéressants.

L'affection connue sous le nom de spondylolisthesis, décrite par Kilian en 1854, et qui consiste en une luxation en avant de la dernière vertèbre lombaire sur le sacrum, fournit surtout l'indication de la basiotripsie dans l'excavation. L'obstacle occupe à la fois le détroit supérieur et l'excavation.

Enfin la présence de tumeurs de diverses natures peut rendre l'accouchement impossible sans le broiement de la tête. L'observation si intéressante que M. le professeur agrégé Maygrier a rapportée à la dernière réunion de la Société obstétricale de France, nous montre qu'on est dans certains cas obligé de recourir en dernier ressort et comme seul moyen d'extraction à la basiotripsie.

Au détroit supérieur.

Au lieu de se trouver dans l'excavation, les tumeurs (fibromes, kystes), peuvent obstruer partiellement l'entrée du bassin. Elles fournissent l'indication à la basiotripsie.

Lorsqu'on lit des observations de basiotripsie, on voit que la cause de l'opération, de beaucoup la plus fréquente, vient du rétrécissement rachitique. On peut donner aux indications fournies par les rétrécissements rachitiques, une certaine précision. On peut en effet les mesurer, tandis que les tumeurs, par leur état de dureté ou d'élasticité, de fixité ou de mobilité, réservent à l'accoucheur de véritables surprises.

Nous nous occuperons surtout du rétrécissement le plus fréquent, celui du diamètre antéro-postérieur. Avec un fœtus mort, il est inutile, ainsi que nous le disions déjà plus haut, d'essayer le forceps dans les bassins, où, bien que le rétrécissement du diamètre promonto-sous-pubien, ne soit pas très grand (1 à 2 centimètres), l'accouchement ne se fait pas spontanément. A plus forte raison, devra-t-on faire le broiement dans les bassins compris au-dessous de 9 centimètres $1/2$ (sans déduction). L'opération sera absolument indiquée alors, puisqu'avec le rétrécissement, l'accouchement à terme n'est presque plus possible, même avec le forceps et la version.

Cependant il arrive un moment où l'emploi du basiotribe n'est plus possible. Les cuillers de l'instrument ayant 4 cent. $1/2$ dans leur plus grande largeur, on ne peut pas

espérer les introduire dans un bassin ayant moins de 5 centimètres (déduction faite). Que reste-t-il à faire ? Autrefois, la seule ressource d'extraire le fœtus, dont la présence dans l'utérus de la mère, crée un danger permanent pour cette dernière, consistait dans l'opération césarienne. Aujourd'hui, dans ces cas, heureusement rares du reste, on trouverait peut-être moins périlleux pour la mère de lui faire subir la symphyséotomie.

Nous avons encore à envisager comme indication du broiement de la tête fœtale : la rigidité du col. Le manuel opératoire est un peu particulier et intéressant. On perforera d'abord la tête, qui, une fois vidée de la matière cérébrale, se moulera davantage à l'ouverture incomplète du col, et en amènera la dilatation. Dès qu'elle sera suffisante, on continuera la basiotripsie, puis on retirera la cuiller introduite la dernière, et l'on pourra terminer l'accouchement par la manœuvre de Jacquemier.

INDICATIONS SUR LE FŒTUS VIVANT

Lorsque l'enfant est mort dans le sein de sa mère et qu'il ne peut être extrait sans mutilation, ou bien seulement au prix d'une application de forceps ou d'une version difficiles et pouvant léser les parties maternelles, la basiotripsie se trouve indiquée de la façon la plus précise. Personne n'a jamais songé à s'élever contre cette pratique. Mais si l'enfant est vivant, la question change absolument. L'accoucheur, dans ce cas, a entre les mains la vie des deux êtres et il doit tout faire pour conserver l'une et l'autre.

Autrefois les médecins étaient divisés en deux camps, les uns ne pouvant se résoudre à porter un instrument meurtrier sur la tête d'un fœtus vivant. Les autres voyant dans le sacrifice de l'enfant le salut assuré de la mère.

Barnes, en Angleterre, admettait ce principe : « Tel enfant ne peut pas naître vivant ; l'opération a pour but de sauver la mère, attendre serait un acte de folie et d'inhumanité ». Player dit encore : « La vie de l'enfant a toujours été moins considérée que celle de la mère, et on admet que dans les cas où l'extraction d'un fœtus vivant est matériellement impossible par les voies naturelles, sa mutilation est parfaitement justifiée.

Les Anglais sont tombés dans un excès regrettable, ils

en étaient arrivés à pratiquer 3 ou 4 craniotomies contre une application de forceps.

En France, à la même époque, la question a changé de face, et des méthodes nouvelles sont venues diminuer le nombre des cas où l'on est obligé de recourir à la basiotripsie sur l'enfant vivant.

L'accouchement prématuré, la symphyséotomie ont déjà sauvé la vie à nombre d'enfants, et ces deux méthodes isolées ou combinées sont appelées à rendre les plus grands services.

Cependant M. le professeur Fochier, de Lyon, dans sa communication à la dernière séance du Congrès de la Société obstétricale de France, n'en a pas moins dit : « Continuez à sacrifier l'enfant plutôt que d'exposer la mère ». Nous ne partageons pas absolument cette manière de voir, et nous croyons qu'il est du devoir de l'accoucheur de ne sacrifier un enfant bien vivant, que dans le cas où la mère se trouve dans des conditions qui ne lui permettent pas de supporter une opération sanglante (infection préalable, par exemple), ou bien, si, jouissant complètement de ses facultés, elle se refuse à une opération.

Nous rechercherons plus loin s'il n'est pas des cas où la faiblesse du fœtus et son état presque désespéré ne sont pas des indications à la basiotripsie.

Nous reprendrons la division que nous avons suivie tout à l'heure, pour le fœtus mort : basiotripsie à la vulve, dans l'excavation, au détroit supérieur.

A la vulve.

L'enfant étant vivant, la basiotripsie perd tous ses droits, car l'accouchement pourra être terminé par une application de forceps simple, et l'on ne devra pas être arrêté par la crainte des déchirures du périnée, lésion insignifiante lorsqu'on la compare à la vie de l'enfant.

Dans l'excavation.

Nous avons déjà vu à propos de la basiotripsie sur l'enfant mort, les causes qui peuvent donner lieu à l'indication de cette opération dans l'excavation. Sur l'enfant vivant, et bien vivant, on doit l'exclure, car dans tous les cas on peut lui opposer une opération conservatrice. S'il s'agit par exemple d'une tumeur des parties molles, nous avons pour nous éclairer dans le choix de la conduite à tenir, l'observation si instructive que M. le professeur agrégé Maygrier a rapportée au dernier Congrès de la Société obstétricale de France. Après avoir pratiqué la symphyséotomie sur sa malade, cinq applications de forceps étant restées infructueuses, il s'est vu obligé, l'enfant ayant succombé à la suite d'une procidence du cordon, de pratiquer la basiotripsie. Il y aurait peut-être avantage, dans beaucoup de cas, à pratiquer l'opération césarienne dans le cas de tumeurs de l'excavation empêchant l'accouchement, car alors la symphyséotomie ne donne pas toujours les résultats qu'on en attend.

Il est une sorte de rétrécissement qui porte surtout sur l'excavation : le rétrécissement cyphotique. M. le professeur Tarnier, dans son cours de 1887, a indiqué que la symphyséotomie reprendrait son droit dans le cas de rétrécissement cyphotique. Les expériences qu'il a faites avec M. le docteur Potocki, ont montré que le diamètre transverse du détroit inférieur s'agrandit notablement sous l'influence de tractions appliquées sur les ischions, même sans que la symphyse soit sectionnée, à plus forte raison si la symphyséotomie était faite.

Donc pas de basiotripsie dans l'excavation sur l'enfant vivant.

Au détroit supérieur.

La symphyséotomie a été peu employée dans les cas de tumeur, et nous avons vu que la césarienne lui est préférable souvent dans ces cas. Quant à la basiotripsie, nous la rejetons sur l'enfant vivant, à moins que la volonté formelle de la mère ne vienne trancher la question.

Mais, comme nous l'avons déjà dit en parlant de la basiotripsie sur l'enfant mort, l'obstacle le plus fréquent à l'accouchement vient des rétrécissements le plus souvent rachitiques du bassin.

Deux cas peuvent alors se présenter : Ou l'accoucheur suit la grossesse de la femme et se rend compte par la mensuration des diamètres du bassin de l'impossibilité de l'accouchement à terme, et, alors, il aura à se décider entre deux opérations : l'accouchement prématuré, la symphy-

séotomie, ou bien encore la combinaison de ces deux opérations. Nous considérons l'accouchement prématuré comme l'opération de choix, ainsi que l'ont soutenu avec succès au dernier Congrès obstétrical Messieurs Bar et Budin. On pourra par ce moyen extraire de bassins de 6 cent. $1/2$ et 7 centimètres, des enfants qui, grâce à la couveuse et au gavage, présenteront de grandes chances de survie. La mère n'aura couru aucun risque, car l'application du ballon Tarnier est absolument exempte de dangers, si elle est faite avec les soins antiseptiques.

Ou bien l'enfant est à terme et l'accouchement ne peut se faire par les seules forces de la nature, à cause de l'étroitesse du bassin. Alors, il faut attendre que les parties soient accommodées autant que possible, essayer le forceps, la version, et même, comme l'a dit M. Budin, « espérer en les contractions utérines qui nous ménagent parfois d'agréables surprises. »

Cependant, si par ces moyens on ne peut arriver à aucun résultat, il reste encore la symphyséotomie, qui permet d'extraire des enfants à terme de bassins présentant un diamètre promonto-sous-pubien de 7 centimètres.

La combinaison de l'accouchement prématuré et de la symphyséotomie pourra permettre l'extraction d'enfants viables à travers des bassins plus rétrécis encore. Cependant, d'après Morisani (*Annales de gynécologie*, 1892), la limite inférieure qui indique la symphyséotomie, est 67 millimètres (avec déduction). Au-dessous, dans la crainte de trop grands délabrements du côté des symphyses sacro-iliaques, il conseille la césarienne.

La symphyséotomie ayant déjà donné de fort bons ré-

sultats, et étant appelée à en donner de meilleurs encore, doit donc être préférée, ainsi que l'accouchement prématuré, à une opération comme la basiotripsie, qui, lorsqu'elle est pratiquée sur l'enfant vivant, est, ainsi que l'a dit M. le professeur Fochier, de Lyon : « Une honte et un aveu d'impuissance. »

Reste encore à considérer les cas de rétrécissements extrêmes. Nous savons qu'il n'y a plus alors qu'une seule opération possible : la césarienne.

Afin d'éviter à la mère une opération aussi périlleuse que l'opération césarienne, et, à la seule condition que la vie de l'enfant soit compromise, on pourrait peut-être par une symphyséotomie préalable permettre le passage du basiotribe et terminer ainsi l'accouchement.

Restent à considérer quelques cas rares, tels que le volume exagéré de la tête, son ossification trop avancée, ou des présentations et des positions irrégulières ou compliquées.

Le volume exagéré de la tête, ou son ossification trop avancée, ne permettant pas la réduction, nous ramènent aux bassins rétrécis, et la conduite à tenir dans ces cas est la même, c'est-à-dire la basiotripsie.

Parmi les positions irrégulières, il en est une qui doit attirer tout particulièrement notre attention. Lorsque le fœtus se présente en mento-sacrée, si l'on n'a pu ramener le menton sous la symphyse pubienne, il se place dans la concavité du sacrum, s'y engage fortement et rend l'accouchement impossible. La face est trop enclavée pour permettre le refoulement de la tête, la version podalique, ou la conversion en sommet. Le forceps lui-même est impuis-

sant à produire la rotation de la tête. La basiotripsie est indiquée dans ces cas heureusement fort rares, à moins que la mère ne réclame l'opération césarienne. D'autant plus que le fœtus a déjà souffert à cause des tentatives préalables.

Cependant une opération moins grave que la césarienne : la symphyséotomie, pourrait peut-être être tentée, l'allongement du diamètre antéro-postérieur qu'elle fournit, pourrait peut-être permettre de dégager la tête.

Dans les cas de procidence, lorsque l'utérus est contracté sur le fœtus et que par conséquent la version serait trop dangereuse et pourrait amener une rupture, la basiotripsie se trouve indiquée. Elle l'est d'autant plus que l'enfant souffre et que sa vitalité est déjà tort atteinte.

M. le professeur Tarnier cite une observation de présentation de la face, compliquée de procidence du pied, où l'on fut obligé de recourir à la céphalotripsie.

Nous rejetons donc la basiotripsie dans tous les cas où l'enfant est bien vivant.

INDICATIONS SUR LE FŒTUS DONT LA VITALITÉ EST COMPROMISE

Comme nous le disions tout à l'heure, jusque là nous avons considéré le cas où le fœtus jouissait de toute sa vitalité, et, nous avons conclu au rejet de la basiotripsie ; mais dans un grand nombre de cas, cette vitalité se trouve compromise, soit par un travail qui traîne en longueur, soit même par les interventions infructueuses essayées auparavant. La question change complètement, dans ce cas. Si, en effet, après des tentatives de forceps sans résultat, on voit le fœtus perdre son méconium, si les battements de son cœur deviennent faibles et irréguliers, si, en un mot, il souffre, que reste-t-il à faire ? Deux opérations sont en présence : la symphyséotomie et la basiotripsie. La symphyséotomie qui fera courir à la mère des risques sérieux. La basiotripsie qui sacrifiera une vie presque sans valeur et conservera sûrement celle d'une femme bien portante.

Pour le choix entre les deux opérations, il faudrait connaître exactement la valeur de la vie du fœtus. Elle est compromise, mais jusqu'à quel point ? Ainsi que l'expose M. le docteur Demelin, dans un article sur la symphyséotomie, publié tout récemment dans la *Revue générale de*

clinique et de Thérapeutique, c'est une chose souvent difficile à juger. Les battements du cœur fœtal peuvent subsister, sans même être par trop altérés, alors que l'enfant n'est pas du tout viable et que tous les efforts d'insufflation qu'on pourra tenter resteront infructueux. D'après la longueur du travail, la force de traction employée avec le forceps, la quantité de méconium perdu, l'état des battements du cœur, on pourra souvent établir un pronostic à peu près exact sur les chances de survie de l'enfant. Il est des cas où il peut être posé plus facilement.

Nous allons passer en revue les principales causes qui sont susceptibles d'amoindrir la vitalité du fœtus. On peut les classer en trois catégories : 1^o les maladies de la mère : syphilis, éclampsie, albuminurie ; 2^o les accidents au cours de la grossesse, tels que : placenta, prævia, hémorrhagies rétro-placentaires, procidence du cordon. Enfin ; 3^o les manœuvres employées pour terminer l'accouchement par des moyens restés infructueux : forceps, version.

Dans tous les cas qui vont suivre, nous nous supposons en présence d'une femme rachitique, ou, chez laquelle une lésion quelconque s'oppose au passage naturel du fœtus.

Voyons d'abord la syphilis. Personne n'ignore l'influence néfaste de cette maladie sur la grossesse. Plusieurs cas peuvent se présenter. Nous allons examiner, dans chacun en particulier, quelle opération nous devons choisir : de la symphyséotomie (nous la supposons possible), ou de la basiotripsie.

Cette femme peut avoir contracté la syphilis depuis déjà plusieurs années et avoir déjà eu plusieurs grossesses de-

puis. La conduite à tenir dépendra de la façon dont ces grossesses se sont passées. A-t-elle eu des enfants bien portants, venus à terme, ou avant terme (par l'accouchement prématuré provoqué), exempts de syphilis ? Si l'accouchement est impossible autrement, pas d'hésitation, c'est la symphyséotomie qui s'impose ; car, cette femme a toutes les chances pour avoir encore un enfant bien constitué.

Mais au lieu d'avoir eu de bonnes grossesses et des enfants bien portants, elle peut avoir déjà eu des avortements, des enfants mort-nés macérés. Il est vrai que dans cette grossesse il n'y a pas de signe de syphilis (hydramnios). D'un autre côté, la femme s'est encore éloignée depuis la grossesse précédente de l'époque où elle a contracté la syphilis. Nous croyons cependant qu'il serait téméraire alors de faire subir à la femme les risques de la symphyséotomie, dans l'espoir de sauver une existence aussi problématique. Après avoir demandé au forceps et à la version, tout ce que ces opérations peuvent donner, nous n'hésiterons pas à pratiquer la basiotripsie.

Des cas intermédiaires à ces deux-là peuvent se trouver. Par exemple, une femme ayant eu deux ou trois mauvaises grossesses, et ayant accouché depuis d'enfants bien vivants. Dans ces circonstances, la conduite à tenir est moins bien tranchée, et il nous semble difficile de la régler d'avance pour chaque cas particulier.

Il y a encore un état dans lequel une femme syphilitique et rachitique, peut se présenter au médecin. Elle peut avoir contracté la syphilis pendant sa grossesse ; l'accident primitif peut être apparu seulement vers le septième mois. Le

cours de la grossesse ne s'en est pas ressenti, et malgré l'affection de la mère, tout est resté dans l'ordre. On peut donc espérer jusqu'à un certain point que le fœtus ne participe pas à la diathèse. On a conseillé dans ces cas de provoquer l'accouchement pour sauver l'enfant de la syphilis. La conduite à tenir est, assurément, des plus embarrassantes, et nous nous abstenons de nous prononcer, trouvant la basiotripsie tout à fait excusable et la symphyséotomie, non contre-indiquée.

Après la syphilis, il est une autre affection qui retentit aussi sur le fœtus, c'est l'intoxication éclampsique. Une femme dont le bassin est trop rétréci pour permettre l'accouchement spontané, ou par le forceps, ou la version, se trouve à avoir des attaques d'éclampsie au moment du travail, ou même avant, car alors on pourra le provoquer au moyen du ballon de M. Tarnier. Dans ce cas, elle est dans des conditions très mauvaises pour subir une opération telle que la symphyséotomie. Le fœtus a probablement souffert, sa vitalité est compromise, et peut-être, bien qu'on entende les battements de son cœur, succomberait-il pendant l'intervention. Une opération conservatrice d'une vie très douteuse, pratiquée sur une femme, qui, à cause de son état, courrait de grands risques, se trouve contre-indiquée. La basiotripsie reprend alors tous ses droits, si le forceps et la version ont été essayés sans succès, car il importe, afin d'arrêter les accidents maternels de terminer l'accouchement le plus vite possible.

Notre observation XVIII prise à la clinique de M. le professeur Tarnier, donne un exemple de l'application de ce précepte. Après que le forceps eut été tenté vainement,

l'accouchement fut terminé par la basiotripsie, et la femme guérit et eut des suites de couches normales.

Si la femme éclamptique se trouvait dans un état absolument désespéré, la conduite devrait être différente. Si l'on perçoit encore les battements du cœur fœtal, on peut espérer que l'enfant survivra, et l'on devra pratiquer une opération conservatrice. Dans quelques cas, on pourrait même être autorisé à faire la césarienne, comme on le fait sur la femme morte.

L'albuminurie très intense, peut par les hémorrhagies auxquelles elle donne lieu, compromettre très sérieusement les deux existences de la mère et du fœtus. Si l'accouchement ne peut être terminé que par la symphyséotomie ou la basiotripsie, nous choisirons cette dernière opération. Par là, nous pourrions espérer sauver l'existence qui, d'après nous, a le plus de valeur.

Abordons maintenant les complications dans la grossesse. Tout d'abord : le placenta prævia. Lorsqu'on est en présence d'une femme enceinte ayant un bassin rétréci avec un placenta prævia. Lorsque des hémorrhagies graves se sont produites, on doit se demander par quel moyen on fera accoucher la femme : symphyséotomie ou basiotripsie ? Le forceps et la version étant reconnus impossibles. Le placenta est décollé, par conséquent l'enfant souffre. D'abondantes hémorrhagies ont affaibli la femme, qui est exposée à de nouvelles et soudaines pertes de sang, pouvant être fatales. Nous considérons dans ce cas la basiotripsie comme l'opération de choix, bien que le cœur fœtal batte encore.

Il nous reste à étudier une complication qui se produit,

quelquefois pendant le travail : la procidence du cordon. Lorsque la femme est rachitique avec un bassin rétréci, on a à se poser la question suivante : faut-il sacrifier l'enfant, ou l'extraire par la symphyséotomie ? Il peut se produire plusieurs cas. Ou bien la procidence a pu être réduite, ou, on n'a pu faire rentrer le cordon, ou, si on l'a ramené dans la cavité utérine, il n'a pu y être maintenu.

Dans le cas où elle a pu être réduite, l'enfant a souffert pendant que le cordon était comprimé par la partie fœtale, les bruits de son cœur ont été affaiblis à ce moment, mais ils ont repris, dès que le cordon a été rétropulsé, leur intensité et leur régularité, le fœtus a cessé de souffrir. On est donc ramené au cas où il est bien vivant, et la basiotripsie doit être rejetée.

Mais souvent, ainsi que nous en avons un exemple dans notre observation I, la procidence ne peut être maintenue, et se reproduit. Le fœtus souffre, il va succomber, à moins qu'une intervention ne vienne le sauver. Le temps est précieux, et si le forceps n'a pas réussi, le temps pendant lequel on l'a essayé est encore de la vitalité enlevée à l'enfant. On l'extrairait à ce moment dans un dernier effort, il est probable que déjà il est tellement atteint, que l'extraction elle-même le tuerait, ou qu'il ne pourrait survivre. La vie de la mère serait inutilement exposée par la symphyséotomie. La bascotripsie est alors la seule opération rationnelle.

Il peut se faire qu'il n'y ait ni anomalies dans la grossesse, ni maladies de la mère retentissant sur le fœtus, et que ce dernier se trouve compromis dans sa vitalité par les seuls efforts d'extraction qu'on a tentés sur lui.

Nous avons déjà au commencement de ce chapitre dit quelques mots de ceci.

On peut amener à l'accoucheur une femme au bassin rétréci, en travail depuis déjà quelque temps, et ayant déjà subi plusieurs applications de forceps sans résultat. D'une part, l'enfant souffre, comme le témoigne l'affaiblissement des battements de son cœur, la perte abondante de méconium; d'autre part, on ignore la force employée dans les tractions, l'asepsie avec laquelle l'intervention a été pratiquée. Après avoir recommencé soi-même une nouvelle tentative, soit par le forceps, soit par la version, il nous semble absolument rationnel de terminer l'accouchement par la basiotripsie. Cet enfant a, comme le dit Dubois, perdu droit à la vie.

D'autrefois l'accoucheur a assisté la femme depuis le début du travail, il a, en prenant tous les soins d'antisepsie, pratiqué quelques applications de forceps modérées. De ce que l'enfant a perdu un peu de méconium, de ce que son cœur a faibli momentanément, doit-il conclure d'une façon absolue à la basiotripsie? Nous ne le croyons pas, et, bien qu'on coure encore là un grand risque, on pourrait peut-être essayer dans quelques-uns de ces cas la symphyséotomie, surtout si l'on y est poussé par la femme et son entourage.

Lorsque le liquide amniotique est putride, avec un enfant vivant, on peut se demander, si le forceps et la version sont impossibles, quelle conduite on doit tenir. La symphyséotomie est-elle alors une bonne opération, ou bien doit-on lui préférer la basiotripsie? L'expérience montre que les enfants qui naissent dans ces conditions succombent presque tous à la pneumonie infectieuse.

Tout dernièrement, du reste, une symphyséotomie a été faite par M. le professeur Pinard dans un cas de ce genre. La mère a succombé à l'infection ; quant à l'enfant, il eut l'heureuse et rare chance de guérir de la pneumonie infectieuse qui l'atteignit. Nous considérons donc, dans le cas où le liquide amniotique est putride, la basiotripsie comme l'opération de choix. Elle sert mieux les intérêts de la mère, l'enfant ayant peu de chances de survie après la symphyséotomie.

En résumé, on doit se conformer au précepte de Morisani : « La symphyséotomie est une mauvaise opération lorsqu'elle a pour but d'extraire un fœtus dont la vitalité est compromise. » Cette parole, M. Budin la cite après avoir rapporté une observation très intéressante et dans laquelle il pratiqua la symphyséotomie sur une femme tenant avant tout à sa vie, et pour un enfant dont les battements cardiaques indiquaient déjà depuis longtemps la souffrance. Bien que l'opération, sans avoir toutefois sauvé la vie à cet enfant déjà gravement atteint, eût parfaitement réussi au point de vue de la mère, il conclut en disant que pareil cas se représenterait, il donnerait la préférence à la basiotripsie.

Il est des anomalies dans la constitution du fœtus, telles que l'hydrocéphalie, qui peuvent être par elles-mêmes un obstacle à l'accouchement. Serait-il logique dans ces cas de faire courir à la mère un réel danger, pour conserver la vie à un être, voué le plus souvent à une mort prochaine, ou s'il survit ne pouvant mener qu'une existence végétative et inconsciente ? Non, assurément, et la basiotripsie s'impose alors presque autant que si l'enfant était mort.

Une femme a-t-elle un fœtus monstrueux, avec un rétrécissement moyen du bassin, si une simple tentative de forceps échoue, il y aura indication absolue à pratiquer la basiotripsie. L'enfant ne peut naître viable, il ne peut donc y avoir de scrupules pour l'accoucheur à amoindrir le volume du crâne par cette opération. Le diagnostic de ces monstruosités n'est sans doute pas chose facile, cependant il a quelquefois été fait, et M. le professeur Tarnier l'a posé plusieurs fois avant la rupture des membranes, ainsi que le cite le docteur Benoît dans sa thèse.

INDICATION VENANT DE LA VOLONTÉ DE LA MÈRE

Quand il s'agit d'une opération qui doit mettre en danger la vie de la mère, il est du devoir de l'accoucheur de prendre l'avis de celle-ci après l'avoir éclairée sur les risques qu'elle aura à courir. En sa place, il y aura lieu de consulter ses proches. Au moment du travail, les douleurs sans cesse renaissantes, l'épuisement qui s'en suit, mettent la femme dans de mauvaises conditions pour juger froidement et prendre une résolution. Aussi, avant le travail, si le médecin en est à même, il devra après avoir prévu les difficultés de l'accouchement, chercher à avoir l'avis de la mère sur le choix qu'il aura à faire entre les opérations qui seront en présence.

La mère peut, tenant plus à sa vie qu'à celle de son enfant, refuser toute opération sanglante. Dans ce cas, le devoir de l'accoucheur sera, si le fœtus est vivant, de faire ressortir aux yeux de la mère la *bénignité relative* de la symphyséotomie (si elle est possible). Mais il devra se conformer au désir de cette dernière, qui seule a le droit d'exposer sa vie.

OBSERVATIONS.

Nous avons réuni un certain nombre d'observations. Nous avons passé sous silence le manuel opératoire, nous attachant seulement à montrer les indications. Comme presque toutes ces observations sont antérieures à la réapparition de la symphyséotomie, nous avons recherché après chacune, si dans le cas particulier il n'y aurait pas lieu aujourd'hui de tenir une conduite différente.

Nous avons classé nos observations à la suite, en commençant par celles où il nous a semblé que les indications n'ont pas changé; puis celle où nous croyons que la basiotripsie serait remplacée avantageusement par une opération conservatrice. Enfin nous terminons par celles qui sont postérieures au renouvellement de la symphyséotomie.

OBSERVATION I.

Basiotripsie. — Enfant mort. — Tirée de la communication de M. le docteur Demelin: Sur le bassin coxo-tuberculeux ou bassin des coxalgiques (Gazette des Hôpitaux, 27 septembre 1890).

La nommée Marie C... est entrée le 21 août 1880 à la

clinique d'accouchements, dirigée alors par M. le docteur Maygrier. Cette femme ne peut pas donner de renseignements précis sur l'âge auquel elle a commencé à marcher. A quatre ans elle fut atteinte de coxalgie gauche pour laquelle elle garda le repos pendant plusieurs mois. Des abcès se produisirent et l'on trouve encore aujourd'hui les cicatrices des fistules auxquelles la suppuration avait donné naissance autour de l'articulation coxo-fémorale.

Marie C... devint enceinte pour la première fois en 1885 et accoucha d'un enfant mort. Une application de forceps aurait été faite, mais je n'ai pas d'autres détails sur ce premier accouchement. En 1887, deuxième grossesse. Marie C... vient à la Maternité dans le service de M. le professeur Tarnier.

L'accouchement fut très difficile, l'enfant se présentait par le sommet. La basiotripsie fut pratiquée, mais l'extraction ne put être faite que par la version opérée après le broiement. Délivrance et suites de couches normales. En 1889, troisième grossesse. Dernières règles, du 28 au 30 janvier. Suivant les conseils qui lui avaient été donnés, la femme arrive à la Clinique dans le cours du septième mois de la gestation.

De taille moyenne, plutôt petite, Marie C. marche sans difficulté, bien que boitant très visiblement du côté gauche. La cuisse gauche est enkylosée sur le bassin dans l'attitude de l'abduction et de la rotation en dehors. L'enkylose est presque complète. Le genou gauche peut beaucoup moins s'écarter de la ligne médiane que celui du côté opposé. Le membre inférieur gauche dans son ensemble est raccourci. La jambe droite, restée saine, est de longueur ordinaire et

ne présente aucune trace de rachitisme. Rien de spécial en ce qui concerne le squelette thoracique. La tête est un peu grosse, les bosses frontales légèrement saillantes, le regard sans asymétrie. La colonne lombaire offre une légère convexité dirigée à gauche, le bassin est d'ailleurs incliné de ce côté, l'os iliaque gauche descendant plus bas que son congénère. Grossesse de sept mois. Enfant vivant, tête dans la région hypogastrique.

Pendant l'anesthésie nécessitée par l'intervention, j'étudiai attentivement la conformation du bassin et je recueillis les renseignements suivants :

Détroit supérieur. — L'angle sacro-vertébral est facilement accessible, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 82 millimètres. Le promontoire est élevé au-dessus de la symphyse pubienne, ce qui revient à dire que le bassin est en antéverson. De chaque côté de l'angle sacro-vertébral on trouve les ailerons du sacrum, à gauche, du côté de la coxalgie, le bord antérieur de l'aileron paraît avoir sa longueur normale ; on distingue aisément son extrémité externe, car la symphyse sacro-iliaque fait en ce point une saillie légère, dirigée vers la cavité pelvienne.

Cette saillie sacro-iliaque est située dans un plan horizontal passant manifestement au-dessous du promontoire. La ligne innominée gauche est courbe mais paraît peu étendue en longueur, depuis l'articulation sacro-iliaque jusqu'à la symphyse pubienne. Celle-ci n'est pas directement en face de l'angle sacro-vertébral ; elle est légèrement déviée vers la droite, c'est-à-dire du côté opposé à la coxalgie.

Etudions maintenant la moitié droite du détroit supé-

rieur. Le bord antérieur de l'aileron sacré est nettement plus court de ce côté que de l'autre. L'articulation sacro-iliaque est très saillante, elle forme une masse prononcée qui se trouve dans un plan horizontal passant au-dessus du promontoire. Immédiatement en dehors de la symphyse sacro-iliaque droite, le bout de l'index se loge dans une sorte d'encoche causée par la plicature de la ligne innommée correspondante. On pourrait croire, à un examen superficiel, que la saillie faite par la symphyse sacro-iliaque, n'est autre chose que l'angle sacro-vertébral, et qu'il n'existe pas en réalité d'aileron du sacrum. Sur les parties latérales, la ligne innommée est rapprochée du plan médian, elle est redressée et se dirige presque directement jusqu'à la symphyse pubienne. Mais, tandis que, du côté coxalgique, la ligne innommée a subi un raccourcissement notable, celle du côté droit, au contraire, semble avoir conservé toute son étoffe et n'être modifiée que dans sa direction.

Résumons les particularités de ce détroit supérieur :

Son plan est obliquement dirigé de haut en bas, d'arrière en avant et de droite à gauche. Son pourtour présente trois saillies : l'une médiane, c'est l'angle sacro-vertébral ; la seconde, à gauche de la première, c'est la symphyse sacro-iliaque gauche ; la troisième, à droite du promontoire, est plus rapprochée de lui que celle de gauche et beaucoup plus proéminente dans l'intérieur du canal pelvien, c'est la symphyse sacro-iliaque droite. La ligne innommée gauche est courbe, mais raccourcie ; celle de droite a conservé toute sa longueur, mais elle est divisée en deux parties inégales par une sorte de plicature ; une partie postérieure

très courte, aboutissant à l'articulation sacro-iliaque droite, une partie antérieure beaucoup plus longue, rectiligne, se terminant en avant à la symphyse pubienne.

Excavation. — La face antérieure du sacrum regarde légèrement à droite, l'épine sciatique gauche est assez éloignée de la pointe de cet os, elle fait une légère saillie en dedans; la paroi latérale gauche de l'excavation est courbe mais sa surface semble petite.

La moitié droite du sacrum paraît légèrement atrophiée; l'épine sciatique de ce côté, est très voisine du bord correspondant du sacrum; la paroi latérale droite de l'excavation est large, mais aplatie.

Détroit inférieur. — La pointe du sacrum est assez élevée, elle est dirigée vers la droite, l'ischion droit est plus près de la ligne médiane que le gauche; la branche ischio-pubienne droite est plus voisine de la verticale et du plan médian que celle du côté opposé.

En somme, bassin petit, de forme oblique ovulaire; la moitié correspondant à l'articulation malade est courte mais atrophiée; l'autre moitié n'a pas subi d'arrêt de développement, mais elle est aplatie et redressée par la pression du membre inférieur sain. Un point intéressant, c'est que du côté coxalgique, l'atrophie a porté sur l'os iliaque, tandis qu'à droite, elle a intéressé la moitié correspondante du sacrum. Nous verrons plus tard comment on peut interpréter ces divers détails.

Après avoir examiné le bassin, M. Maygrier me conseille de provoquer de suite l'accouchement. Au bout de quelques heures, le travail se déclare, tout va bien d'abord, puis les membranes se rompent spontanément, avant la

dilatation complète du col, le cordon fait procidence et ne peut être rétropulsé; l'enfant succombe et à la dilatation complète je pratique, sur l'avis de mon chef, la basiotripsie : Tête au-dessus du détroit supérieur petite, en O I G T, le placenta était inséré près de l'orifice.

Suites de couches absolument apyretiques, température maxima 37° 4. Guérison.

Réflexion. — Il n'y aurait pas, dans un cas analogue, indication de pratiquer la symphyséotomie, à cause de la procidence du cordon qui n'avait pu être réduite.

OBSERVATION II.

Basiotripsie pratiquée par M. le Dr Demelin et rapportée par lui dans sa communication à la Société obstétricale de France, le 22 avril 1892, intitulée :

De la rétraction du col comme cause de dystocie.

Dans les premiers jours de mars 1892, une sage-femme m'amena une de ses clientes, enceinte pour la quatrième fois et arrivée au huitième mois de sa grossesse. Cette femme, rachitique, avait eu des accouchements antérieurs difficiles et aucun des enfants n'avait survécu. Le 1^{er} spontané, sommet, à 8 mois; le 2^e à terme, version; le 3^e à terme, version difficile.

En l'examinant je trouvai une présentation du sommet et un rétrécissement rachitique mesurant 9 centimètres, déduction faite. Je passe sur les détails.

Je proposai l'accouchement prématuré, et le 11 mars, à neuf heures du matin, j'introduisis un ballon. Les douleurs commencèrent trois quarts d'heure après. Le soir, à huit heures, la dilatation du col n'était pas encore complète, *mais peu s'en fallait*. Les membranes étaient intactes, la tête élevée, les battements du cœur bons, tout paraissait aller pour le mieux, je me retirai, recommandant à la sage-femme de rester auprès de sa cliente et comptant que l'accouchement se terminerait seul.

Une demi-heure après mon départ, la poche des eaux se rompit spontanément; il s'écoula une assez grande quantité de liquide; puis, les douleurs, qui avaient été régulières jusque là, *se suspendirent complètement*; c'est là un point sur lequel j'insiste.

Le fœtus et la mère étaient en bon état.

Dans la nuit, la sage-femme surveilla les battements de l'enfant. Vers le matin ils se modifièrent et on m'envoya chercher.

Quand j'arrivai, j'appris tous les détails qui viennent d'être indiqués; et, en présence de l'état de souffrance du fœtus, je me disposai à intervenir; je fis d'abord le toucher vaginal, comptant trouver le col largement ouvert et dilatable, puisque, la veille, j'avais déjà reconnu une dilatation très avancée. Ma surprise fut grande. La tête du fœtus était *entièrement élevée*, beaucoup plus éloignée que la veille au soir, si bien que tenant compte de l'arrêt complet des contractions et de cette ascension de la partie fœtale, je ne

pus me défendre de penser à la rupture utérine ; pourtant l'état général de la femme était excellent. Je prolongeai mon examen, et je vis que le col était revenu sur lui-même, souple au niveau de l'orifice externe, il laissait aisément pénétrer plusieurs doigts ; mais à mesure qu'on remontait au-dessus de l'orifice externe, la cavité se rétrécissait et l'on arrivait *très haut*, sur un orifice épais, circonscrit par un bourrelet et ayant la dimension d'une pièce de cinq francs. *Lorsque l'extrémité de l'index se trouvait dans cet anneau rétracté, la base du doigt répondait à peu près à l'orifice externe du col.* Il y avait là, non pas une rigidité de l'orifice externe, mais une rétraction siégeant beaucoup plus haut. Était-ce l'orifice interne ? C'est ce qu'auraient dit les anciens accoucheurs. Mais j'estimai que la coarctation devait siéger plus haut encore, puisqu'elle se trouvait à 8 ou 9 centimètres au-dessus de l'orifice externe. Il s'agissait donc, sans doute, d'un resserrement de ce qu'on appelle aujourd'hui l'anneau de contraction.

On n'avait bien entendu pas donné de seigle ergoté.

J'introduisis toute la main dans le vagin, puis dans ce canal cervico-utérin, complètement vide. *Ce contact réveilla les contractions énergiques.* Dans leur intervalle je sentis que l'anneau cédait et se dilatait ; je renonçai vite à l'idée de faire la version, parce que l'utérus vide d'eau était étroitement resserré sur le fœtus, et j'appliquai le forceps en O I D T. La tête ne pouvait être saisie d'une oreille à l'autre, la prise fut fronto-mastoïdienne. Les tractions abaissèrent la tête ; le bassin la laissait passer sans peine, mais, je vis bientôt le museau de tanche apparaître à la vulve ; j'entraînais l'utérus en même temps que le fœtus. Je con-

tinuai prudemment mes tractions, mais sans résultat. Je retirai l'instrument et je le réappliquai dans un autre sens; peine perdue. L'anneau rétracté ne permettait pas à la tête de descendre; pendant ce temps, les battements du cœur foetal avaient entièrement disparu. Craignant une déchirure grave de l'utérus, et n'ayant plus à me préoccuper de la vie de l'enfant, je fis la basiotripsie. L'accouchement fut alors terminé sans difficulté et avec la sécurité que donne la basiotribe. La délivrance fut normale et les suites de couches complètement apyrétiques.

Réflexion. — La basiotripsie était formellement indiquée dans ce cas, à cause de l'état de l'utérus et de celui du fœtus, les battements du cœur ayant complètement disparu.

OBSERVATION III.

*Basiotripsie. — Battements du cœur foetal disparus. —
Femme rachitique.
Clinique de M. Tarnier.*

La nommée D., V pare, a marché très tard.

Les deux premiers accouchements ont eu lieu spontanément à terme, après un travail de 24 à 48 heures, pendant lequel le fœtus a succombé. Au troisième accouchement, un docteur fit deux applications de forceps, ce qui

abrégé le travail, mais la fille du poids de 12 livres, sortit mort-née. Au quatrième accouchement, à la Charité, on administra du chloroforme et la femme ne peut dire si la terminaison se fit par le forceps ou la version. A huit heures du soir, dilatation complète ; à dix heures, rupture artificielle des membranes par un docteur, qui *fait deux applications de forceps* et envoie la femme à la Clinique où elle arrive à 10 h. 30.

Examen. — Légère scoliose de la colonne vertébrale ; fémurs un peu incurvés en avant, de longueur moyenne ; tibias à concavité interne ; contractions utérines énergiques et rapprochées ; partie inférieure de la matrice amincie, formant un long boyau. Urine sanglante retirée par la sonde. *Les battements du cœur fœtal sont d'abord très précipités, puis se ralentissent (100) et deviennent sourds.* La tête est très élevée au-dessus du détroit supérieur en OIG. Une bosse séro-sanguine énorme proémine seule dans l'excavation.

Chloroformisation, application du forceps au-dessus du détroit supérieur, prise de la tête régulière, tractions soutenues, mais infructueuses. Les battements du cœur fœtal ont complètement disparu. Malgré le chloroforme, les contractions utérines sont d'une intensité inquiétante. On se décide à pratiquer la basiotripsie. Le pariétal gauche est perforé, la branche gauche à gauche et en arrière, la droite à droite ; l'opération dure quinze minutes, elle est terminée à une heure du matin. La délivrance est opérée artificiellement à quatre heures du matin. Les suites de couches sont absolument normales et la femme quitte la Maternité le 30 novembre.

Réflexion. — On a fait en ville deux applications de

forceps ; la force de traction employée est inconnue. L'enfant a déjà souffert lorsque la femme entre à la Clinique, ainsi que le témoignent les bruits du cœur. On ignore quel est son état. Ce serait donc risquer beaucoup que faire la symphyséotomie en pareil cas. La conduite qui a été suivie : Forceps, puis basiotripsie serait encore la plus sage aujourd'hui.

OBSERVATION IV.

Tirée de l'ouvrage de M. le professeur agrégé Bar : De l'Embryotomie céphalique, p. 223. — Enfant mort.

A l'hôpital Saint-Antoine, au mois d'avril 1884, je fus mandé pour terminer un accouchement. Il s'agissait d'une primipare présentant l'aspect d'une femme rachitique. Le bassin était aplati d'avant en arrière et le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 8,4; d'où je pus conclure que le diamètre conjugué avait environ une longueur de 7 centimètres. La femme semblait à terme. L'enfant se présentait en OIGT, et on avait tenté, mais avec prudence, de l'extraire par une application de forceps. Quand j'arrivai, il n'y avait pas trace d'engagement, l'enfant était mort; mais la femme était peu fatiguée et dans d'excellentes conditions; je me décidai à pratiquer la basiotripsie.

Suites de couches régulières.

Réflexion. — Indication n'ayant pas changé.

OBSERVATION V.

Tirée du même ouvrage de M. Bar, p. 225. — Enfant mort.

Céline B...; en travail depuis trois jours, vient accoucher à la Charité le 26 mars 1884. C'était une rachitique, arrivée au terme de sa première grossesse : le 23 mars, elle avait ressenti les premières douleurs de l'enfantement et avait immédiatement fait appel à une sage-femme de la ville; celle-ci surveilla sa cliente jusqu'au 26 mars et voyant les douleurs se continuer sans résultat, elle fit transporter la parturiente à l'hôpital de la Charité. Surmenée par ces trois journées de travail, la malade avait le pouls rapide; sa température axillaire était de 38°; l'enfant, qui se présentait en O I G T, vivait, mais les battements du cœur étaient relativement sourds. Le col, effacé, était peu dilaté et son orifice présentait à peine un diamètre de 2 centimètres. La cause de dystocie était ici un rétrécissement pelvien fort notable, puisque le diamètre promonto-sous-pubien mesurait seulement 7 cent. 1/2. Le détroit supérieur semblait aplati du côté droit.

Je dus attendre jusqu'au lendemain à une heure du soir

pour que le col dilatable permit une intervention utile. Dans cet intervalle, le fœtus avait succombé. Malgré le soin qu'on avait eu de pratiquer, chaque heure, une injection vaginale avec une solution de sublimé à 1/2000^e, le liquide amniotique qui s'écoulait répandait une odeur fœtide et la présence d'une zone de sonorité à la partie supérieure de la cavité utérine ne laissait aucun doute sur la présence d'un certain degré de physométrie et de putréfaction fœtale.

Je fis la basiotripsie.

Cette femme, qui était très fatiguée au moment de la délivrance, succomba le 30 mars avec des phénomènes d'infection.

Réflexion. — Mêmes indications, l'enfant ayant succombé avant que le col ne fût dilaté.

OBSERVATION VI.

Basiotripsie sur tête dernière. — Fœtus mort.

Ouvrage de M. Bar, p. 277.

La nommée A., entrée le 23 décembre 1877, à la maternité de l'hôpital Tenon. Elle est arrivée au terme de sa cinquième grossesse, et les quatre premières, après une mar-

che régulière, s'étaient toutes terminées par un accouchement naturel. Quand cette femme entra à l'hôpital, elle était atteinte d'hémorrhagie grave due à une insertion vicieuse du placenta. L'enfant se présentait en O I G A et, bien que les douleurs fussent assez fréquentes et parussent énergiques, la partie fœtale ne s'engageait pas.

Mon collègue le docteur Doléris perfora les membranes et attira un pied à la vulve. L'écoulement sanguin s'arrêta. Cependant, au bout d'une heure, l'hémorrhagie reparut, et très abondante. D'autre part, les battements du cœur fœtal étaient trop lents. Je pensai qu'il était indiqué d'achever l'extraction du fœtus, bien que la dilatation ne fût pas complète. Tout alla bien jusqu'au passage de la tête à travers le col dont les parois, assez souples au début de l'intervention, s'étaient rétractées sur le cou.

La femme étant très faible, l'hémorrhagie continuant, l'enfant ayant succombé, et d'autre part voyant les efforts de traction sur le menton combinés avec la pression abdominale rester inutiles, je perforai avec grande difficulté la voûte palatine en me servant du perforateur alésoir. J'appliquai la petite branche sur l'os malaire droit du fœtus, et ayant broyé, en rapprochant les deux branches introduites, une partie des grandes ailes du sphénoïde, les petites ailes du frontal, je fis l'extraction en me servant du basiotribe comme d'un cranioclaste.

Réflexion. — Même indication, à cause de l'insertion vicieuse et de l'hémorrhagie.

OBSERVATION VII.

Basiotripsie sur enfant mort. — Clinique.

La nommée D., entre à la clinique le 18 octobre 1884. Elle est primipare à terme. Elle présente un bassin rétréci dont le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 centimètres, déduction faite. Cette femme a des douleurs depuis le lundi 13 octobre. On ignore depuis quand la dilatation est complète et les membranes rompues.

Cette femme était donc en travail depuis 6 jours lorsqu'on l'a amenée à la clinique. L'enfant était mort. M. Stapfir a fait deux tentatives très modérées avec le forceps et a débarrassé la femme par une basiotripsie. Il y eut issue de gaz fœtides après la sortie de l'enfant qui pesait 3,875 grammes, sans la matière cérébrale. Avant et après la délivrance, injections antiseptiques. Lavages multiples de la cavité utérine et du conduit vaginal. La femme meurt 7 jours après de péritonite généralisée.

Réflexion. — Indication formelle.

OBSERVATION VIII.

Clinique. — Basiotripsie. — Enfant mort.

Le 22 août 1891 entre à la clinique une femme présentant des plaques muqueuses à la vulve. Le col est rigide. On applique l'écarteur pour accélérer la dilatation. L'enfant meurt, le liquide était déjà putréfié avant sa mort.

Lorsque la dilatation est comme une paume de main, on fait la basiotripsie d'emblée. Le col se déchire jusqu'aux culs-de-sac exclusivement.

La femme exige sa sortie le 4 septembre, elle allait bien alors.

Réflexion. — Indication formelle,

OBSERVATION IX.

*Basiotripsie faite à la clinique par M. le docteur Demelin.
— Enfant mort.*

La 15 août 1890 entre à la clinique la nommée S, âgée de 25 ans, brassière, primipare. Elle présente un bassin

rétréci dont le diamètre promonto-sous-pulien mesure 9,5. Elle est à terme, la grossesse a été normale. Les premières douleurs apparaissent le 10 août, la rupture des membranes est spontanée le 14. Le col est rigide, incomplètement dilaté (comme une paume de main). L'enfant se présente en O.I.G.T., il a succombé. La tête est au-dessus du détroit supérieur. La température axillaire est de 38,8. M. Demelin fait la basiotripsie et retire un fœtus pesant 3,300, une légère déchirure du col s'est produite à droite à un centimètre du cul-du-sac vaginal.

Les suites de couches sont fébriles, néanmoins la femme sort en bonne santé le 31 août.

Réflexion. — Indication formelle.

OBSERVATION X.

Basiotripsie pour extraire la tête dernière. — Enfant mort.

La nommée G., âgée de 31 ans, entre à la Clinique le 20 mai 1887. Elle est enceinte pour la première fois et à terme. La conformation de son bassin est vicieuse, le diamètre promonto-sous-pubien mesure sans déduction 20 centimètres 1/2. Les premières douleurs apparaissent le

21 mai, à 6 heures du soir. L'enfant se présente en S. I. G. Le travail dure depuis 17 heures. L'enfant est mort. L'extrémité pelvienne se présente, mode des pieds avec une pro-cidence d'une main. M. Pinard fait l'extraction et pratique la basiotripsie sur la tête dernière.

L'enfant pèse 3730 avec l'instrument et sans la substance cérébrale.

La femme a des suites de couches normales et quitte la clinique le 4 juin 1887 pour aller au Vésinet.

Réflexion. — Indication formelle.

OBSERVATION XI.

Basiotripsie sur enfant mort. — Clinique.

La nommée R. entre à la Clinique le 10 janvier 1888, elle est âgée de 31 ans. Elle présente un bassin rétréci dont le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cent. 6 sans déduction. Elle est à terme, mais l'enfant est mort. Il se présente en O. I. G. T. Le 10 janvier, à 8 heures du matin, le travail dure depuis 18 heures. MM. Budin et Loviot tentent deux applications de forceps sans succès, puis ils font la basiotripsie. Le liquide amniotique était très abondant et chargé de méconium.

La température de la femme monte le 11 janvier au matin à 39°,7, et elle succombe le 12 janvier. On trouve à l'autopsie des traces de péritonite.

Réflexion. — Indication formelle.

OBSERVATION XII.

Basiotripsie après forceps pour bassin rétréci mesurant de diamètre promonto-sous-pubien 10 centimètres. — Enfant mort. — Clinique.

La nommée M., V pare, née dans les Côtes-du-Nord, élevée au sein maternel. Première grossesse il y a 8 ans.

Accouchement spontané à terme, sommet. Travail de 12 heures. Fœtus petit, mort de faiblesse congénitale au huitième jour. Deuxième accouchement il y a six ans, à terme à la clinique, par M. Charpentier qui trouve un diamètre de 8,5 à 8 $\frac{3}{4}$. Les diamètres transversaux sont un peu rétrécis. Les fémurs sont courts, les tibias un peu incurvés. Céphalotripsie. Troisième grossesse il y a quatre ans à la clinique, forceps. On recommande bien à la femme, au cas d'une nouvelle grossesse, de venir à la clinique avant son terme ; elle n'en fait rien étant bien portante. Le 16 février, à 9 heures 30 du matin, premières douleurs. Hydramnios appréciables, tête mal fléchie, mobile au détroit supérieur.

A 3 heures du soir, la dilatation est complète, la poche des eaux se rompt à 5 heures 30 sous l'influence de contractions utérines rapprochées et violentes. La tête arrive au détroit supérieur, s'y fixe, mais en présentation du front. La grande fontanelle est immédiatement à gauche du diamètre antéro-postérieur. Le centre du bassin est occupé par un point de la suture coronale voisin de la fontanelle antérieure. Vers la moitié droite du bassin, on sent la racine du nez et la partie supérieure du bord orbitaire, la tête est parfaitement synclitique. Le palper pratiqué en même temps que le toucher permet de constater que la tête est complètement défléchie; à gauche est l'occiput dont la saillie dessine un coup de hache situé à quatre travers de doigts au-dessus du pli inguinal; à droite existe une autre saillie, la face sur laquelle on sent sans aucun doute le fer à cheval du menton, le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur et la saillie du nez. Quand on appuie sur cette saillie, on sent la transmission des mouvements imprimés à la tête; ils tendent à accroître la déflexion. Le promontoire est très saillant et bas.

A 6 heures 15; la fontanelle antérieure a franchi le diamètre antéro-postérieur dans le sens de la flexion et est venue se placer vis-à-vis la moitié droite du promontoire. La tête s'est fortement inclinée sur la région fronto-pariétale antérieure qui occupe seule l'aire du bassin. La suture sagittale touche le promontoire. A 7 heures 30, M. le professeur Tarnier trouve un sommet imparfaitement fléchi en O. I. G. T., une inclinaison antérieure, la tête recouverte d'une énorme bosse séro-sanguine, se tasse sur le détroit supérieur, mais ne s'y engage pas. Il tente une ap-

plication de forceps préauriculaire, c'est-à-dire suivant le diamètre antéro-postérieur; l'inclinaison de la tête ne permet pas l'application des branches dans ce sens, l'instrument est placé directement par rapport au bassin, malgré d'énergiques tractions pendant vingt minutes l'engagement de la tête ne s'effectue pas. On procède ensuite à la basiotripsie. La base de la tête, par suite de l'obliquité sur le pariétal antérieur, étant dirigée de bas en haut et d'arrière en avant, M. le professeur Tarnier, pour mettre en contact avec elle l'olive perforatrice, incline au maximum le manche du perforateur en arrière en déprimant la fourchette. La basiotripsie est terminée en trente minutes. Les épaules, bien que transversalement dirigées, ne franchissent le détroit supérieur qu'à l'aide de tractions. L'enfant pèse 3,500 gr. sans la matière cérébrale.

La femme sort en bonne santé le 2 mars.

Réflexion. — Aujourd'hui, on ferait sans doute des tractions moins prolongées avec le forceps, puis la symphyséotomie.

OBSERVATION XIII.

Basiotripsie sur enfant vivant (Clinique).

Jeanne R..., batteuse d'or, âgée de 24 ans, entre à la Clinique, le 26 septembre 1888. Elle a marché tard, à 4 ans 1/2. Elle présente un bassin canaliculé dont le dia-

mètre promonto-sous-pubien mesure de 7 à 7 cent. 1/2 après déduction.

C'est une I pare. Sa grossesse en est au 8^e mois 1/2.

Les premières douleurs ont apparu le 28 septembre à 2 heures du matin. La rupture des membranes s'effectue naturellement le 26 septembre à 7 heures du soir, comme la dilatation n'est pas complète, on applique le sac de Barnes. L'enfant se présente par le sommet en O I G T. Son état est bon, mais en présence de ce travail prolongé : 104 heures, M. Maygrier fait le 28 septembre à 10 h. 25 du soir une basiotripsie. Il retire un enfant qui pèse 3,020 gr. sans la matière cérébrale.

La femme sort le 17 octobre en bonne santé.

Réflexion. — Avec un bassin de 7 et une grossesse de 9 mois 1/2. Etant donné le bon état de santé du fœtus au moment de l'entrée de la femme à la Clinique, on ferait aujourd'hui la symphyséotomie à la dilatation complète.

OBSERVATION XIV.

Basiotripsie pratiquée par M. le docteur Demelin à la clinique de M. le professeur Tarnier, 19 septembre 1889.
— *Enfant vivant.*

Le 19 septembre 1889, entre à la Clinique la nommée P..., âgée de 24 ans, couturière. I pare, à terme.

Rachitique, bassin canaliculé P. S. P. 9,5. Accouchement provoqué dès que la femme entre à la Clinique.

Application de l'écarteur Tarnier pour accélérer la dilatation du col.

Au bout de 89 heures de travail, 6 heures après la dilatation complète, on tente successivement deux applications de forceps sans résultat. La tête ne descendant pas, et bien que l'enfant restât toujours vivant. M. Demelin, sur le conseil de M. Maygrier, pratique la basiotripsie.

Les suites de couches sont normales.

Réflexion. — Avec une primipare à terme ayant un bassin de 8, on ferait quelques applications de forceps prudentes. Puis, si elles étaient infructueuses : la symphyséotomie.

OBSERVATION XV.

Basiotripsie sur enfant vivant (Clinique).

La nommée P..., entre à la Clinique, le 10 septembre 1888. Elle est âgée de 29 ans. Elle ignore à quel âge elle a marché. Son bassin est vicié, mais il n'y a pas de mensuration exacte.

Elle a déjà eu deux accouchements : le premier à terme : enfant mort-né, le second à 7 mois, l'enfant a survécu 4 jours. Elle est à terme, les douleurs ont apparu le samedi

soir 8 septembre 1888. On ignore l'époque de la rupture des membranes. L'enfant se présente en O I G T.

M. Maygrier tente une application de forceps, mais sans résultat. L'enfant souffre depuis longtemps déjà. Enfin, il se résout à 11 h. 20, le 10 septembre, à appliquer le basiotribe. L'enfant retiré par ce moyen pèse 3,900 gr. sans la matière cérébrale. Les suites de couches sont normales et la femme sort le 15 septembre.

Réflexion. — Il est à regretter que l'on n'ait pas conseillé à cette femme lors de ces premiers accouchements de se faire examiner vers le 7 ou 8^e mois de sa grossesse. Car, il est probable qu'un accouchement prématuré à 7 mois 1/2 ou 8 mois eût donné un fœtus vivant. La femme ayant déjà eu un enfant à terme et l'autre à 7 mois.

Quelques-uns feraient la symphyséotomie, mais il semble plus prudent, l'enfant ayant déjà souffert de faire la basiotripsie.

OBSERVATION XVI.

Basiotripsie. — Enfant mort. — Procidence du cordon.

Le 30 juin 1887, entre à la Clinique la nommée B..., couturière, âgée de 25 ans. Cette femme est rachitique, elle n'a marché qu'à 7 ans. Son bassin est vicié et présente 7 cent. de diamètre promonto-sous-pubien, déduction faite.

Elle est à sa 3^e grossesse. L'enfant se présente en O I G A.

Lorsque la malade est entrée la dilatation offrait à peu près la grandeur d'une pièce de 5 francs. Les contractions utérines se succédèrent très rapprochées. A minuit les membranes se sont rompues spontanément. Le liquide amniotique était chargé d'une grande quantité de méconium. Vers 4 heures du matin, au moment où l'on se disposait à faire une injection à la femme, on s'est aperçu que le cordon ombilical faisait procidence et qu'il était dépourvu de pulsations. Vers 9 heures, M. Pinard, après avoir examiné la femme, se décide à extraire l'enfant à l'aide du basiotribe. Cette application a été pratiquée facilement et l'extraction a été rapide.

La malade avait été soumise pendant l'opération aux inhalations de chloroforme.

Cette malade est accouchée deux fois à la Clinique, la première fois, le 3 novembre 1882, par M. le docteur Charpentier à l'aide d'une perforation du crâne et d'une application de céphalotribe.

La seconde fois, le 5 avril 1884, par M. le docteur Doléris, chef de clinique, également à l'aide d'une perforation du crâne et du céphalotribe.

La femme déclare être accouchée une première fois à l'hôpital de Lariboisière, par M. le docteur Marchand, probablement à l'aide du céphalotribe, elle avait subi chez elle des tentatives d'application de forceps, avant d'être transportée à l'hôpital. Après la basiotripsie on pèse l'enfant, et on trouve sans la matière cérébrale 2,760 gr.

Les suites de couches sont normales et la femme sort en bonne santé, le 13 juillet 1887.

Réflexion. — En raison des antécédents de cette femme chez laquelle les trois accouchements précédents ont dû être terminés par l'embryotomie céphalique, la symphyséotomie se trouverait maintenant absolument indiquée : la femme se présentant à terme.

Mais dans le cas présent, à cause de perte du méconium et de la procidence du cordon on y regarderait à deux fois avant de faire la symphyséotomie.

OBSERVATION XVII.

*Basiotripsie pratiquée par M. le docteur Tissier. —
Enfant mort.*

La nommée D... entre à la Clinique le 11 novembre 1889, elle est enceinte pour la seconde fois, elle a eu ses dernières règles du 22 au 25 janvier 1889. Elle est donc à terme. Son premier accouchement a été terminé par le forceps. Les premières douleurs datent du 11 novembre à 5 heures du soir. Rupture artificielle des membranes à 7 heures du soir, le même jour à 8 heures, dilatation complète. Cette femme présente un bassin rétréci, elle est rachitique et a marché tard.

L'enfant se présente en O I G T.

M. le docteur Tissier fait plusieurs applications de forceps sans succès. Peu à peu les bruits du cœur deviennent sourds et se ralentissent. Ils finissent par disparaître et M. Tissier se décide à faire la basiotripsie.

L'enfant pèse avec l'instrument, sans la matière cérébrale, 4,300.

Les suites de couches sont bonnes et apyrétiques.

Réflexion. — Aujourd'hui peut-être y aurait-il lieu de cesser les tractions un peu plus tôt et de pratiquer la symphyséotomie avant que l'enfant n'ait souffert.

OBSERVATION XVIII.

Eclampsie. — Basiotripsie.

La nommée.... entre à la Clinique le 23 décembre 1892, elle présente un bassin rétréci de 11 cent. comme diamètre promonto-sous-pubien. À son entrée elle n'avait pas d'albumine. Le dimanche 25, pas d'albumine, le mercredi albumine; le jeudi elle a deux attaques d'éclampsie. Une saignée arrête les accidents. On tente inutilement le forceps.

La basiotripsie est pratiquée.

La femme a des suites de couches normales.

Réflexion. — Dans ce cas, la symphyséotomie était contre-indiquée à cause de l'éclampsie, dont l'influence toxique sur le fœtus est bien connue. Par un accouchement provoqué 15 jours plus tôt, on aurait eu sans doute un enfant vivant et l'on aurait peut-être épargné l'éclampsie à la mère.

OBSERVATION XIX.

*Basiotripsie sur enfant mort pratiquée à la Clinique, par
M. le docteur Demelin.*

La nommée M. C., entre à la Clinique le 4 février, 1893, elle est âgée de 21 ans, primipare, elle ignore à quel âge elle a marché. La conformation du bassin est vicieuse. L'angle sacro-vertébral est élevé, le diamètre promonto-sous-pubien est de 11,3. L'enfant se présente en O I D P. Les battements du cœur fœtal sont bons. Les premières douleurs apparaissent le 11 mars à 10 heures du soir. La dilatation est complète le 12 mars à 7 h. 1/4 du soir. La rupture des membranes s'effectue naturellement à 9 heures du soir, le liquide amniotique est normal. Le fœtus est en M I D P, les battements de son cœur sont bons. Après l'écoulement du liquide amniotique qui s'est écoulé très rapidement et en abondance,

l'utérus se rétracte énergiquement sur le fœtus. La tête est incomplètement défléchie et reste élevée. On fait alors des tentatives de version sans succès, à cause de la rétraction considérable de l'utérus sur l'enfant. L'utérus était en effet incliné à droite par son corps et l'on voyait à travers la paroi vaginale une encoche répondant à la nuque du fœtus, l'occiput soulevant le segment inférieur. Pendant les tentatives de version, on sent que le cordon bat de moins en moins, les battements du cœur disparaissent bientôt, alors on fait la basiotripsie.

Suites de couches normales et apyrétiques.

Réflexion. — Le faible degré de rétrécissement pelvien contre-indiquait ici la symphyséotomie. La vraie cause de dystocie a été la présentation de la face. Si l'on avait pu savoir d'avance que l'engagement ne se ferait pas, il eût fallu faire la version aussitôt que la dilatation du col eût été complète.

OBSERVATION XX.

Basiotripsie faite à la Clinique par M. Demelin sur un enfant mort.

Au mois de décembre 1892, entre à la Clinique la nommée M.... Elle est II pare et a accouché le 4 mars 1891 d'un enfant à terme mais qui, dit-elle, ne pesait que quatre

livres environ. Les douleurs auraient duré pendant deux jours, mais elles n'auraient été fortes que pendant deux heures.

Grossesse actuelle. Les dernières règles ont eu lieu du 8 au 11 février 1892.

Elle a senti les premières douleurs le 25 novembre à 8 heures du soir. Le 26 à 8 heures du soir, rupture de la poche des eaux. Depuis ce moment les douleurs ont été très fréquentes. Elle appelle une sage-femme qui, trouvant toujours les choses dans le même état, fait venir un médecin, et, le lundi matin la femme vient à la Clinique où elle est examinée par Mlle Landais, qui trouve (contrairement au dire de la sage-femme de la ville, laquelle avait examiné le col la veille et prétendait que la dilatation était large comme une pièce de cinq francs) un col de multipare, encore long, non dilaté. Il s'écoulait du méconium en abondance des organes génitaux de la femme. Cependant les battements du cœur étaient bons. A ce moment, il y avait déjà 36 heures que les membranes étaient rompues. Le bassin est rétréci, on trouve pour le diamètre promonto sous-pubien 10 cent., soit 8 cent. 5 avec la déduction.

L'urine est un peu albumineuse.

A 8 heures $1/2$, M. Demelin l'examine et trouve une dilatation à peu près comme une pièce de cinq francs, dilatation de forme ovale. Le col est mince à gauche, épais à droite.

La tête est retenue par le détroit supérieure en O I D T. A 11 heures, la dilatation est environ comme une petite paume de main. A 3 heures $1/2$, elle est comme une paume de main, mais toujours de forme ovale. A 5 heures $1/2$,

la dilatation a un peu augmenté; cependant, on sent encore les bords du col qui sont assez souples.

Les battements du cœur fœtal étaient encore assez bons, bien que le fœtus eût perdu une très grande quantité de méconium.

M. Demelin se décide à faire une application de forceps sur la tête, au détroit supérieur, en occipito-iliaque droite transverse. Les battements du cœur sont, à ce moment, devenus très sourds. Après des tractions relativement peu considérables, le tracteur du forceps se rompt. Un nouveau tracteur est appliqué et, après de nouveaux efforts, la tête ne bouge pas davantage.

On ausculte alors, et on ne retrouve plus les battements du cœur fœtal. M. Demelin se décide à faire la basiotripsie et à six heures l'accouchement est terminé. L'enfant pèse, sans la substance cérébrale, 3,600.

Les suites de couches sont normales et apyrétiques.

Réflexions. — Quelle conduite pouvait-on tenir dans ce cas?

M. le professeur Tarnier l'a exposé dans une de ses cliniques, où il rapporte cette intéressante observation.

La lenteur de la dilatation est un fait grave, on aurait pu l'obtenir assez rapidement au moyen de l'écarteur ou du ballon de M. Champetier de Ribes.

La femme était dans des conditions favorables à l'infection à cause de la lenteur du travail. Le ballon Champetier ou l'écarteur auraient pu déterminer des lésions favorisant encore cette infection.

La symphyséotomie n'eut pas servi puisque le col n'était pas dilaté. Cette opération sera peut-être faite avant la dila-

tation du col pour permettre à la tête d'appuyer sur le segment supérieur et faciliter la dilatation. La symphyséotomie doit être réservée pour les cas où l'on ne peut faire autrement. Elle exige un état d'asepsie parfait et dans presque tous les cas de mort après cette opération, il s'agissait de femmes infectées après des applications de forceps infructueuses.

Il est à regretter de n'avoir pas pu faire l'accouchement prématuré, il aurait donné un excellent résultat, puisque la femme avait pu accoucher la première fois d'un enfant encore vivant et pesant plus de deux kilos.

CONCLUSIONS

1° La basiotripsie est l'opération de choix toutes les fois que le fœtus est mort. On doit la préférer au forceps parceque l'application en est plus facile.

2° Lorsqu'il est vivant et qu'il n'a pas souffert, elle doit être rejetée en principe.

3° Si la vitalité de l'enfant est gravement compromise, elle reprend ses droits, et lorsque le forceps et la version n'auront pu terminer l'accouchement, on y aura recours.

4° Dans les cas d'hydrocéphalie, de monstruosité, l'existence du fœtus étant sans valeur, on aura aucune raison de la respecter.

5 L'accoucheur devra s'incliner devant l'opposition formelle de la mère, refusant de se soumettre à une opération sanglante, et faire alors la basiotripsie, même sur l'enfant bien vivant.

Vu :

Le Président,

TARNIER.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

